Troisième Année N° 3 Mars 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France	**10** fr. par an
Étranger.	**12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Duplay.
8. Garnault.
9. Garrigou-Desarenes.
10. Gellé.
11. Gille.
12. Gouguenheim.
13. Hermet.
14. Ladreit de Lacharrière
15. Lévi.
16. Lœwenberg.
17. Lubet-Barbon.
18. Luc.
19. Marage.
20. Martin.
21. Ménière.
22. Miot.
23. Potiquet.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1893

Président............	Lœwenberg.
Vice-Président.......	Ruault.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier............	Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, rue du Four, 51.*

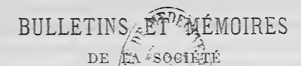
BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS



Séance du 3 Février 1893 (Suite)

Présidence de M. LŒWENBERG

De l'Empyème « Latent » du Sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle,

Par le Docteur L. LICHTWITZ (de Bordeaux).

La forme classique de l'empyème du sinus frontal avec son cortège symptomatique — (distension de la paroi orbitaire du sinus, surtout au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite, avec ou sans fistule, céphalalgie frontale, sécrétion nasale fétide, le plus souvent unilatérale et intermittente)— est très connue des chirurgiens, et, dans la littérature on trouve des observations nombreuses de cette affection.

Il n'en est pas de même d'une autre forme de l'empyème du sinus frontal qui, bien que soupçonnée par certains auteurs, est restée jusque dans ces derniers temps presque ignorée. En effet,

les cas sont fort rares où le diagnostic a été confirmé par la découverte du pus dans cette cavité. Cette forme est caractérisée par l'absence de tout signe extérieur, tel que gonflement, rougeur, fistule, etc., et de tout autre symptôme pathognomonique.

Aussi croyons-nous pleinement justifiée la désignation de « latent » que nous avons aussi adoptée pour la forme non classique de l'empyème de l'Antre d'Highmore (1).

Les symptômes qu'on rencontre dans l'empyème latent du sinus frontal ne sont pas assez caractéristiques pour permettre, à eux seuls, de faire un diagnostic certain. Ainsi le seul symptôme constant : l'hypersécrétion nasale, fétide ou non, unilatérale ou bilatérale, s'observe aussi dans les affections des autres sinus. Dans l'empyème du sinus frontal cette sécrétion, d'après notre remarque, se fait surtout par les arrière-fosses nasales probablement à cause de la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière de l'infundibulum à la partie supérieure duquel vient s'ouvrir l'orifice de ce sinus. Mais ce signe n'offre cependant rien de caractéristique, il n'est pas constant et nous l'avons vu dans les affections d'autres sinus.

Un autre symptôme moins constant, mais très fréquent, est la céphalalgie frontale. Des auteurs anciens, Deschamps fils (2), entre autres, sont même allés jusqu'à attribuer chaque cas de migraine à une affection du sinus frontal. C'est aller un peu loin ; la douleur frontale peut être due à des causes multiples, et, d'un autre côté, nous avons observé un cas d'empyème double du sinus frontal sans douleur de tête. La douleur semble être le plus souvent due à une rétention passagère du pus dans la cavité, car elle disparaît dès que son écoulement est rétabli.

La présence du pus au niveau de la partie antéro-supérieure de l'hiatus semi-lunaris, qu'on constate parfois, ne fournit pas non plus une preuve infaillible de la suppuration du sinus frontal. En effet, on rencontre aussi ce signe dans la suppuration des cellules ethmoïdales antérieures qui se déverse au même niveau, et dans d'autres cas il peut trés souvent faire défaut.

On a eu recours à la percussion (Zenker) (3), à l'auscultation (Czernicki) (4), à la transparence électrique (Vohsen) (5) pour le

diagnostic de l'affection du sinus frontal. Nous citons ces méthodes de diagnostic seulement à titre de document. On n'a, en effet, qu'à se rappeler les différences qui existent entre les sinus d'individus différents et entre les deux sinus d'un même individu pour se convaincre que les signes fournis par ces méthodes sont de peu d'importance pour le diagnostic, surtout pour la forme latente où les altérations des parois sont moins prononcées que dans l'empyème classique.

Il n'existe qu'un seul élément de diagnostic véritablement probant, c'est la recherche directe du pus.

Puisque les méthodes de recherche du pus sont les mêmes qui servent au traitement, nous pouvons les discuter en même temps.

Nous diviserons ces méthodes en trois catégories :

I. Ouverture par voie externe (trépanation du sinus).

II. Perforation du plancher du sinus.

III. Cathétérisme du sinus.

1° La méthode par voie externe consiste à ouvrir soit la paroi antérieure, soit la paroi orbitaire du sinus frontal. C'est la méthode de choix dans les cas d'empyème classique où le diagnostic est assuré.

Dans la forme latente cette méthode a été employée comme moyen de diagnostic et de traitement par Ogston (6). Cet auteur a rapporté trois cas d'affection catarrhale des sinus frontaux, où il n'existait comme principal symptôme subjectif qu'une douleur à la racine du nez, accompagnée de temps en temps, d'un écoulement de pus jaunâtre et crémeux, de peu d'abondance. Les symptômes objectifs faisaient absolument défaut dans la région frontale et dans le nez. Ogston n'ayant pas réussi à introduire un stylet dans les sinus frontaux ouvrit d'emblée leur paroi antérieure à l'aide d'un petit trépan. Il trouva du mucus, du mucopus ou du pus et, dans deux de ces cas, la muqueuse était en outre recouverte de petits polypes muqueux. Après avoir rétabli la communication fronto-nasale, râclé et cautérisé la muqueuse des sinus, il introduisit un drain dont le bout supérieur restait dans le sinus frontal et dont l'extrémité inférieure sortait par le nez. Il ferma ensuite la plaie cutanée. Dans ces trois cas les deux sinus communiquaient librement entre eux, ce qui permit à l'auteur de faire

le drainage par un seul côté. Deux des malades ont parfaitement guéri ; le troisième a été perdu de vue.

D'autres auteurs, Grünwald (7) et Hartmann (8), ont rapporté chacun un cas de ce genre où ils n'ont procédé à la trépanation, qu'après avoir préalablement établi le diagnostic d'empyème du sinus par voie intra-nasale, par le cathétérisme. Nous croyons avec eux que cette prudence n'est pas superflue. En agissant ainsi on évitera ce qui est arrivé récemment à Mayo Collier (9) qui a trépané les sinus frontaux d'un malade qu'il croyait être atteint d'une affection de ces cavités, sans y trouver ni pus ni autre altération morbide.

Nous discuterons cette méthode tant au point de vue du diagnostic que de la thérapeutique, à la fin de ce travail, après avoir exposé les procédés qui permettent d'entrer dans le sinus frontal par voie intra-nasale.

II. Perforation du plancher du sinus.

C'est Schaeffer (10), en 1890, qui a préconisé cette méthode, et voici comment il procède : Après avoir cocaïnisé la muqueuse, il introduit un stylet solide mais flexible, de 2^{mm} d'épaisseur entre la cloison et le cornet moyen en le dirigeant directement en haut vers le front. On entend bientôt un léger crépitement dû à la fracture de minces plaques osseuses. Parfois on rencontre une résistance plus grande, on pousse alors le stylet et on a la sensation d'entrer dans une cavité. Déjà en 1885 (11) Schaeffer semble avoir employé cette méthode, mais ce n'est qu'en 1890 qu'il décrit son procédé.

Malheureusement dans l'histoire des 25 cas d'affection du sinus frontal, qu'il dit avoir traités par cette méthode, l'auteur souvent ne dit que quelques mots. Il embrasse tous les cas où il a fait la ponction sous la désignation d'empyème, après avoir dit que dans certains cas, il s'est écoulé du pus et dans certains autres du sang simplement. Quand les parois du sinus étaient cariées ou couvertes de granulations Schaeffer se servait d'un stylet terminé par une cuiller tranchante avec laquelle il raclait les parois du sinus. L'auteur, en résumant ses observations, ajoute que 18 des mala-

des ont guéri et que 7 ont été améliorés. Nous ne croyons pas que ce procédé ait été suivi par d'autres confrères.

Quant à nous, nous avons expérimenté la ponction (A) sur le cadavre, (B) sur le vivant.

(A) Nous l'avons pratiquée sur 7 préparations anatomiques (5 têtes entières et 3 moitiés de tête avec cloison, provenant de deux individus différents). Douze sinus ont donc servi à nos expériences.

Nous avons sur les 5 crânes entiers, pratiqué deux coupes verticales, de chaque côté de la ligne médiane. La tranche médiane ainsi obtenue mesurait de 7 à 15^{mm} d'épaisseur ; elle comprenait la cloison nasale avec les parties voisines. Pour la ponction nous nous sommes servi d'un trocart droit en acier de 1^{mm} 1/4 de diamètre que nous enfoncions en longeant l'angle formé par la cloison et la paroi latérale du nez.

Sur les 12 sinus, trois fois seulement la ponction a réussi ; dans ces trois cas il a fallu une fois employer beaucoup de force et encore sommes-nous tombé dans le sinus frontal opposé qui dépassait la ligne médiane.

La ponction a été impossible à faire pour les 9 autres sinus, à cause de l'épaisseur du plancher. Dans un cas où je fus obligé d'employer beaucoup de force, le stylet glissa en arrière et traversa la lame criblée.

(B) Croyant, au début de notre étude des affections des sinus frontaux, que le cathétérisme était chose le plus souvent impraticable, nous avons, confiants dans la méthode de Schaeffer, employé son procédé dans 11 cas sur le vivant. Mais chaque fois que nous avons rencontré une résistance quelque peu considérable, nous avons préféré nous arrêter. Aussi les chiffres que nous allons donner n'ont-ils qu'une valeur relative.

Chez trois malades, d'après la longueur du trocart introduit, nous devions forcément être dans le sinus frontal.

Deux de ces cas ont été rapportés dernièrement dans notre travail sur l'hydrorrhée nasale (12). Chez notre troisième malade la ponction du sinus droit fut suivie d'une disparition presque complète des différents troubles, douleur frontale et temporale du

côté droit, chaleur et rougeur dans la même région, enchiffrènement de la fosse nasale droite, sécrétion par les arrière-fosses nasales, et kérato-conjonctivite qui avait résisté à tout traitement. Ces troubles remontaient à trois ans.

Dans les 7 autres cas, nous avons trouvé de la résistance et nous avons cru prudent de ne pas insister.

Chez un onzième malade, la ponction, qui semblait avoir réussi fut suivie d'une injection d'eau phéniquée. Il survint presque aussitôt après, une syncope suivie de vomissements, de céphalalgie et de fièvre, accidents qui disparurent heureusement au bout de quelques jours sans laisser d'autres traces.

Instruit par ce cas et par les recherches anatomiques que nous avons faites depuis, nous avons complètement abandonné ce mode d'exploration malgré les trois cas où la ponction avait donné un résultat thérapeutique satisfaisant et nous n'avons plus eu recours qu'au cathétérisme.

III. Cathétérisme du sinus frontal.

Le cathétérisme de l'orifice naturel du sinus frontal a été pratiqué pour la première fois par Jurasz (13) qui l'a expérimenté sur 21 personnes saines ou malades. Cinq fois le procédé réussit sans difficulté et 6 fois il fut difficile. Dans 10 autres cas il échoua complètement. L'auteur s'est servi pour ses expériences d'un fin stylet métallique boutonné de 11 à 15^{mm} de longueur.

En 1891, le même auteur, sans donner de détails sur ses observations, dit qu'il a constaté chez 23 malades un catarrhe purulent du sinus frontal sans aucune lésion extérieure du nez ou du front. Le traitement consista chez ces malades à enlever les épaississements polypoïdes du cornet moyen pour faciliter l'écoulement du pus. L'auteur aurait ainsi obtenu la guérison chez plusieurs de ses malades et, dans trois cas, il met cette guérison sur le compte du simple cathétérisme avec son stylet. Bien que l'auteur dise que le cathétérisme du sinus frontal sera la base d'autres procédés thérapeutiques, on voit qu'il n'a guère profité de ce qu'il avançait, puisqu'il n'a pratiqué que 3 fois un cathétérisme simple de l'orifice.

Schutter (15) est allé plus loin : Dans 2 cas d'empyème du sinus il a substitué au cathétérisme à l'aide d'un stylet, le cathétérisme avec une canule, et injecté de l'eau et surtout insufflé de l'air à travers cette canule. Grâce à ce procédé, il a réussi à débarrasser ses deux malades de leur céphalalgie frontale. Dans l'un des cas il a tari la suppuration. Malheureusement l'auteur ne décrit pas la forme de sa canule.

Nous avons vu plus haut que Hartmann (1. c.) et Grünwald (1. c.), chacun dans un cas, se sont servis du cathétérisme pour diagnostiquer l'existence du pus dans le sinus frontal, mais que pour le traitement ils ont eu recours à la trépanation du sinus.

Si le cathétérisme a été rarement essayé sur le vivant, on a fait sur le cadavre des recherches nombreuses. Mais les opinions des auteurs qui ont contrôlé la possibilité du cathétérisme de l'orifice frontal sur le cadavre, varient considérablement.

Zuckerkandl (16) dit que bien que le pus puisse s'écouler par l'orifice, le sondage de cette cavité par voie nasale lui paraît difficile et, pour lui, les cas dans lesquels il aurait réussi ne sont pas démontrés.

Hansberg (17) à qui nous devons une étude sérieuse sur le cathétérisme des diverses cavités accessoires du nez, croit, au contraire, que presque dans la moitié de ses cas, l'introduction de la sonde dans le sinus frontal est possible. Il s'est servi d'une sonde de 1/2 à 1^{mm} de diamètre coudée à 125° à 3 c. de son extrémité antérieure. L'auteur ajoute que le cornet moyen est le principal obstacle au cathétérisme du sinus frontal, et qu'après ablation de ce cornet le cathétérisme réussit habituellement.

Katzenstein (18) croit, d'après ses recherches anatomiques, que plusieurs obstacles s'opposent au cathétérisme, même après avoir fait basculer en dehors le cornet moyen. Ces obstacles sont formés par la lèvre antérieure de l'hiatus semi-lunaris et par le labyrinthe ethmoïdal qu'on doit léser forcément. D'après lui, dans les cas rares où le conduit fronto-nasal est remplacé par un large orifice, on peut alors pénétrer dans le sinus ; mais si ce conduit existe, le cathétérisme est impossible.

Cholewa (19) tout en décrivant les obstacles qui gênent le cathétérisme (distension bulleuse de l'extrémité antérieure du cornet moyen, affaissement de cette extrémité antérieure sur la paroi latérale du nez, déviation de la cloison), et tout en mentionnant les anomalies qu'on peut rencontrer chez certains individus, croit toutefois que le cathétérisme est possible dans 60 0/0 des cas. Sa statistique n'est basée sur aucune donnée précise. Cholewa emploie une sonde à peu près semblable à celle de Hansberg.

Hartmann (1. c.) admet avec Hansberg que le cathétérisme est possible dans la moitié des cas environ.

Pour cet auteur, outre les difficultés que peut opposer la distention des cellules ethmoïdales, l'entrée du canal fronto-nasal peut être rendu inaccessible :

1. Par un développement considérable ou un enroulement du cornet moyen, ou la formation de cavités dans son épaisseur.

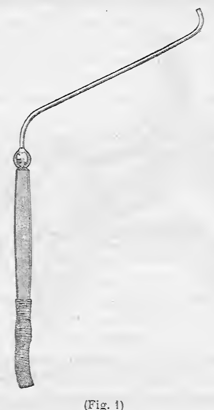
2. Par une saillie considérable de l'apophyde uncinée.

3. Par une saillie de la bulle ethmoïdale qui remplit l'infundibulum.

Alezais (20), en 1891, dans une étude consciencieuse sur le mode de communication entre le sinus frontal et le cornet moyen, étude qu'il a faite sur 20 sujets adultes des deux sexes, s'exprime ainsi, à propos du sondage du sinus frontal. « S'agit-il d'introduire un « instrument dans le sinus frontal par la voie nasale, plusieurs « obstacles peuvent s'y opposer sans parler de l'étroitesse du ca- « nal et de son dédoublement qui peut dérober si les cloisons sont « complètes, une partie du sinus à l'action de la sonde. Il faut si- « gnaler sur le bord antérieur de la masse latérale de l'ethmoïde « une petite dépression capable d'arrêter momentanément le bec « de la sonde ; mais surtout une gouttière verticale parallèle à la « gouttière frontale et plus large qu'elle, immédiatement placée « derrière elle et qui conduit dans les cellules ethmoïdales anté- « rieures de plus un petit conduit vertical borgne long de 4 à 5^{mm}, « s'ouvrant tantôt en avant, tantôt en dedans du canal frontal, du « reste, c'est la disposition des parties plus encore que la simple « présence de ces écueils qui gêne le cathétérisme. »

Nous avons nous-même essayé sur le cadavre le cathétérisme de 13 sinus frontaux (12 préparations nous avaient également servi à pratiquer la ponction. Dans trois préparations il existait une fois des deux côtés et, dans les deux autres, d'un seul côté seulement, une distension des cellules ethmoïdales antérieures qui séparait l'infundibulum du sinus frontal et qui aurait rendu sur le vivant le cathétérisme impraticable. Le canal fronto-nasal était très étroit et sinueux et mesurait jusqu'à 2 c. 1/4 de longueur. Des 9 autres sinus, 3 communiquaient avec l'infundibulum par un simple anneau, les autres par un canal dont la longueur variait entre 1 c. et 1 c. 1/2.

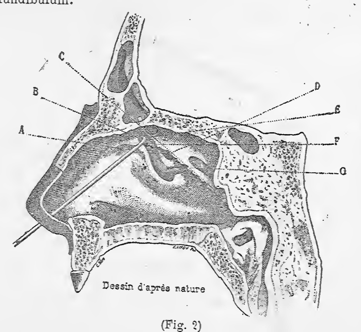
Pour essayer le cathétérisme nous nous sommes d'abord servi d'un simple stylet très fin, ainsi que le conseille Jurasz, puis d'une sonde ayant la coudure indiquée par Hansberg. Mais nous avons



(Fig. 1)

rencontré dans ces neuf sinus, tantôt l'un, tantôt l'autre des obstacles signalés par les auteurs et qui sont fournis : 1° Par l'apo-

physe unciforme plus ou moins saillante ; 2° par le cornet moyen; 3° par la bulle ethmoïdale. Toutefois nous remarquions sur nos coupes que si l'on parvenait à introduire l'extrémité du stylet par en bas et en arrière au lieu de la faire passer par en bas et en avant en suivant la gouttière fronto-nasale qui forme le prolongement du canal fronto-nasal, ces trois obstacles ne gênaient plus le cathétérisme qui alors réussissait pour les neuf sinus. Nous pouvions de plus, constater que le canal fronto-nasal forme avec la ligne qui va du plancher de l'orifice nasal à l'extrémité supérieure de l'infundibulum un angle à peu près droit. Aussi pour arriver au résultat que nous désirions, nous sommes-nous servi d'une canule dont nous donnons ci-joint le dessin (voir fig. 1), canule coudée à angle droit à 1 c. de son extrémité (1). La 2e planche que nous donnons aussi (voir fig. 2) est la reproduction exacte d'une de nos préparations ; il n'existe qu'un simple anneau entre le sinus et l'infundibulum.



(Fig. 2)

A. Apophyse une forme. — B. Orifice fronto-nasal. — C. Implantation du cornet moyen qui a été enlevé. — D. Orifice des cellules ethmoïdales anterieures. — E. Canule coudée à angle droit. — F. Partie antéro-supérieure de l'infundibulum. — G. Bulle ethmoïdale

Grâce à notre canule nous pouvions facilement sans léser les os,

(1) Ces canules ont été construites très habilement sur nos indications par M. Saint-Martin, 116, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.

pénétrer dans le canal naso-frontal. Nous devons noter cependant, que dans deux de nos cas l'instrument eut peut-être pu s'égarer sur le vivant dans un des orifices des cellules ethmoïdales antérieures. Ces cellules s'ouvraient, dans le premier cas, à la partie antérieure de l'infundibulum, et, dans le 2e, au-dessus et derrière l'infundibulum.

D'après nos expériences sur ces quelques préparations, nous croyons qu'en se servant d'une canule coudée à angle droit, les obstacles formés par l'apophyse uncinée, la bulle ethmoïdale et le cornet moyen peuvent être évités. Le seul obstacle sérieux qui puisse s'opposer au cathétérisme dans ces conditions n'est fourni que par les cellules ethmoïdales antérieures quand elles s'interposent entre le sinus frontal et l'infundibulum.

Une fois ces données acquises, nous avons pratiqué le cathétérisme sur le vivant. Nous nous sommes servi d'une canule de même coudure et d'épaisseur variant de 1 1/2 à 2mm 1/2. Nous avons aussi fait construire une canule à double courant de 2mm 1/2 de diamètre, mais elle n'est que rarement utile. En effet, une fois la sonde introduite, il reste assez de place entre elle et les parois du canal frontal pour permettre au liquide de s'écouler librement : elle n'est applicable, du reste, que quand l'orifice du canal frontal a au moins 2mm 1/2 de diamètre.

Chez le *vivant*, il y a à établir une distinction entre le canal frontal du sinus sain et celui du sinus malade.

Dans le premier cas, alors même que le bec de la canule se trouve à une distance de plus de 6 centim. du plancher de l'orifice externe du nez, le cathétérisme est douteux bien que Hansberg affirme que la distance entre le plancher du sinus frontal et celui de l'orifice nasal externe est en moyenne de 5 centim. Les sensations qu'éprouvent les malades quand l'eau pénètre dans le sinus ne sont pas toujours suffisamment précise pour nous renseigner, aussi est-on en droit de se demander si l'on a véritablement pénétré dans le canal frontal ou si l'on n'est pas dans un des orifices accessoires, dans les cellules ethmoïdales par exemple.

Pour ce qui est du sinus malade, au contraire, ces doutes n'existent pas. Nous avons toujours trouvé dans nos cas pathologiques, après l'ablation des polypes et des bourgeons charnus qui

obstruent souvent la partie supérieure de l'infundubulum, que le canal fronto-nasal était plus large que normalement, ce qui permettait à la canule de pénétrer dans la direction du front jusqu'à 7 cm. Dans deux cas d'empyème double elle entrait jusqu'à 7 c. 1/2 et 8 cm. et l'on avait la sensation nette d'avoir franchi le canal et d'être en plein sinus. De plus, la sortie du pus, souvent très abondant, comme dans le cas que nous rapportons plus loin in extenso et le soulagement immédiat ressenti par les malades dans la ré ion frontale, prouvent suffisamment que l'injection a bien porté dans l'intérieur du sinus.

Cette différence dans l'exécution du cathétérisme du sinus sain et du sinus affecté, nous l'avons constatée nettement chez deux de nos malades. A gauche, côté malade, on entrait avec la canule sans difficulté jusque dans le sinus, à droite où il n'existait pas de trouble le cathétérisme était douteux.

Un autre phénomène que nous avons constaté chez les individuc atteints d'empyème chroniqué du sinus frontal et qui rend chez eux le cathétérisme plus facile, c'était la diminution de la sensibilité au pourtour de l'orifice fronto-nas l. La sensibilité est tellement émoussée que point n'est besoin d'employer la cocaïne.

Chez 7 malades, grâce au cathétérisme du sinus frontal, il nous a été permis de diagnostiquer et de traiter par l'orifice naturel l'empyème de cette cavité.

Quatre de ces malades étaient atteints d'un empyème unilatéral et trois d'un empyème double du sinus frontal. Chez trois des quatre premiers, l'affection du sinus frontal existait seule, chez le quatrième elle était combinée avec un abcès du sinus maxillaire. Dans les 3 cas d'empyème bilatéral il existait aussi des affections d'autres sinus, notamment des sinus sphénoïdaux.

Pour ce qui est de l'étiologie, il est à remarquer que l'affection chez 3 de nos malades avait débuté par un traumatisme et qu'elle remontait toujours à plusieurs années, à 24 ans dans un cas que nous rapportons. Tous nos malades avaient eu ou avaient encore au début du traitement des polypes des fosses nasales. Dans les quatre cas d'empyème unilatéral on trouvait deux fois des polypes du côté malade et deux fois des deux côtés; dans les trois cas d'empyème double, il en existait des deux côtés.

Le diagnostic n'était possible chez nos 7 malades que par le lavage explorateur ; en effet, les symptômes présentés n'avaient pas à eux seuls une valeur diagnostique suffisante. Ils consistaient en une sécrétion plus ou moins abondante qui se déversait par les arrière-fosses nasales. Cette sécrétion était fétide dans les cas où il existait au début une rétention du pus.

De plus, six de nos malades souffraient de céphalalgie frontale ou de douleurs de tête, le septième, atteint aussi d'un empyème du sinus sphénoïdal, se plaignait que de gros paquets de muco-pus lui tombaient dans la gorge, symptôme que nous croyons devoir rattacher à l'affection du sinus sphénoïdal.

Le traitement a consisté en lavages réguliers à travers la canule (1 à 3 fois par semaine) avec de l'eau phéniquée. Ces lavages étaient suivis d'injections de glycérine ou de vaseline iodoformée, de glycérine ichtyolée. Les astringents ont été mal supportés.

Il y a trop peu de temps que ce traitement a été institué, pour que nous puissions en tirer une conclusion quelconque ; nous nous contenterons de rapporter l'état actuel de nos malades.

Chez ceux atteints de douleurs, le traitement a amené la disparition immédiate des céphalalgies, et chez tous la diminution plus ou moins grande de la sécrétion frontale.

L'observation d'un des trois malades atteints d'empyème isolé et unilatéral du sinus frontal, est rapportée au long à la fin de ce travail.

Le cathétérisme n'est plus pratiqué qu'à des intervalles de plusieurs semaines chez les deux autres. Ces malades ne mouchent et ne crachent plus que rarement. La sécrétion persiste encore chez la malade atteinte d'empyéme du sinus maxillaire et du sinus irontal d'un côté, ainsi que chez les trois malades porteurs d'une affection double du sinus frontal et d'un ou de plusieurs autres sinus, notamment des sinus sphénoïdaux ; mais cette sécrétion est bien moins abondante et nous aurons du reste l'occasion de rapporter ces cas ultérieurement.

OBSERVATION

Empyème latent chronique du sinus frontal gauche, diagnostiqué et traité par voie intra-nasale. — Disparition de la céphalalgie frontale remontant à vingt-quatre ans.

M. B.., 38 ans, vient me consulter au mois d'avril 1892 pour des

maux de tête incessants et une sécrétion nasale fétide abondante, avec obstruction de la narine gauche.

Le malade fait remonter sa maladie à l'âge de 14 ans, époque à laquelle il est tombé d'un premier étage. A la suite de cette chute, fracture des os du nez et hémorragie nasale abondante. Depuis lors le malade souffre presque constamment de douleurs de tête, douleurs s'accompagnant de sensation de chaleur dans toute la moitié gauche de la face ; il mouche par la narine gauche une grande quantité de matières fétides et ressent souvent une mauvaise odeur dans le nez. — Dentition de tout temps mauvaise.

Il y a cinq ou six ans que le malade s'est aperçu qu'il respirait difficilement par la narine gauche : il y a deux ans il consulta un confrère qui cautérisa au galvanocautère, et sans résultat, la muqueuse nasale du côté gauche.

Actuellement tous les symptômes du début persistent, avec plus d'intensité toutefois. Crises de nerfs suivies d'abattement et de mélancolie. Insomnies fréquentes et cauchemars. A l'examen du nez, on constate, à gauche, au niveau de l'hiatus semilunaris, des polypes et beaucoup de muco-pus. Pas de déformation et de gonflement de la joue ni du front. Rien à droite. A l'examen ophtalmoscopique de l'œil gauche, M. Latrille, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine, constate une congestion très marquée des veines rétiniennes qui sont presque triplées de volume et qui décrivent un coude très accentué à une distance de un diamètre papillaire. L'acuité visuelle est normale ; l'œil droit ne présente aucune lésion. Après le lavage de l'antre d'Highmore, qui fit sortir beaucoup de pus, je portai le diagnostic d'empyème de cet antre et cela, avec d'autant plus de certitude que je trouvais presque toutes les grosses molaires supérieures gauches cariées, notamment la deuxième. Quatre jours après je fis extraire cette dent et j'ouvris largement le sinus par son alvéole. A l'injection, faite après l'opération ainsi que les jours suivants, l'eau sortit claire, mais le malade continua à moucher abondamment et les maux de tête persistèrent.

Le 10 mai, après l'ablation d'un polype implanté au niveau de l'infundibulum, je pratique le lavage du sinus frontal gauche par

l'orifice naturel, à l'aide d'une canule coudée à angle droit (la coudure portant à un centimètre de son extrémité antérieure). Il s'écoule un gros paquet de muco-pus et aussitôt après, pas plus que le lendemain, le malade ne ressent ses douleurs névralgiques habituelles. A l'ophtalmoscope on constate la disparition de la congestion des veines rétiniennes. Le 12 mai, nouvelles douleurs. Un deuxième lavage du sinus est suivi de la disparition des douleurs frontales.

Depuis lors, je pratique régulièrement deux à trois fois par semaine des lavages du sinus avec différents antiseptiques (eau phéniquée, etc.), plus tard ces lavages sont suivis d'injections de glycérine et de vaseline iodoformée, et finalement de glycérine ichthyolée.

De cette longue observation, je ne mentionnerai que quelques faits intéressants : Au début, parfois à l'injection, il ne sortait presque pas de pus et ce n'est que quelques minutes après, une demi-heure quelquefois, que le malade mouchait ou crachait de gros paquets de mucosités. Depuis que je fais suivre l'injection d'une insufflation d'air à travers la canule, j'arrive à vider le sinus frontal mieux qu'avec des injections d'eau, même répétées coup sur coup.

A plusieurs reprises j'ai été obligé d'enlever des polypes qui obstruaient la partie supérieure de l'hiatus et qui rendaient le cathétérisme difficile. Depuis que j'ai enlevé un polype mince d'une longueur de 3 cm. environ, qui semblait sortir du sinus frontal et que j'ai raclé le canal fronto-nasal avec une cuiller tranchante, l'issue du pus par le lavage est devenue plus facile. Le cathétérisme n'occasionne pas de douleur; même avec une canule à double courant de 2^{mm} 1/2. de diamètre. Tout au plus peut-on noter après l'injection une douleur légère dans l'œil gauche accompagnée de larmoiement.

Depuis le début du traitement de son sinus frontal, le malade n'éprouve plus ni céphalée ni lourdeur de tête, qui reparaissent toutefois dès qu'il reste quelques jours sans se faire soigner. Pendant un mois où j'étais absent, le malade n'a suivi aucun traitement, et, durant ce temps, il a vu revenir à cinq ou six reprises ses anciennes douleurs frontales, bien que moins fortes. Le

seul symptôme qui persiste malgré les lavages réguliers, est la sécrétion du sinus frontal gauche, avec cette différence que le pus autrefois fétide et grumeleux s'est transformé en muco-pus ; parfois même il ne sort que du mucus gélatineux.

Le malade a meilleure mine ; il travaille avec plus d'entrain, n'a plus ses emportements d'autrefois et, avec les douleurs frontales, ont aussi disparu les bouffées de chaleur qui lui montaient de temps en temps à la face du côté gauche, les insomnies fréquentes et les cauchemars.

Le pus est pseudo-membraneux, verdâtre, et forme des blocs irréguliers très visqueux. Un examen bachériologique du pus recueilli avec les précautions aseptiques nécessaires, est fait au Laboratoire de M. Pitres, par M. Sabrazès. L'examen montre le pneumocoque de Talamon-Fraenkel en si grande abondance, qu'on se croirait en présence d'un exsudat de méningite à pneumocoques. Les cultures, les inoculations à la souris, faites avec le pus, ont confirmé ce diagnostic bactériologique.

Nous avons, parmi nos sept observations, choisi celle de ce malade, parceque chez lui l'affection frontale existait isolément et parcequ'il nous semblait représenter un type de l'empyème chronique du sinus frontal sans signes extérieurs.

Il est intéressant de noter aussi dans ce cas l'erreur du premier diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmorn, erreur qui provenait de la présence du pus dans l'antre ; mais ce pus n'était pas né sur place il provenait du sinus frontal.

Ce cas montre l'importance du lavage explorateur du sinus frontal pour le diagnostic et la possibilité d'un traitement de cette cavité naturelle.

Il ne nous reste maintenant qu'à faire ressortir l'avantage du cathétérisme sur les autres méthodes, tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

On nous accordera que pour ce qui concerne la simple exploration du sinus frontal, le cathétérisme devrait être préféré à l'ouverture artificielle de cette cavité. Nous avons vu plus haut que la perforation du plancher n'est pas exempte de danger. Il en est de

même de la trépanation. On ne voudra pas s'exposer à faire ces opérations sans être sûr de trouver une lésion dans le sinus comme ce mécompte est arrivé à Mayo Collier dans le cas relaté plus haut ; surtout si on a à sa disposition une méthode plus inoffensive.

Le lavage explorateur à l'aide du cathétérisme, par contre, n'offre aucun danger et est en général peu douloureux. Nous l'avons pratiqué chez nos sept malades atteints d'empyème du sinus frontal, et chez plus de vingt autres individus.

La valeur thérapeutique du cathétérisme prêtera plus facilement à la critique. Nous croyons cependant que dans le cas où il n'y a pas péril en la demeure, on devra toujours commencer par traiter l'empyème latent du sinus frontal (peut-être même aussi sa forme classique), par la voie naturelle, quitte à procéder ensuite à la trépanation si ce traitement échoue.

En voici les raisons : L'orifice naturel, par suite de sa situation déclive, offre les conditions chirurgicales les plus favorables pour le libre écoulement du pus. Aussi beaucoup de chirurgiens, quand ils ont un cas d'empyème classique du sinus frontal à traiter, cherchent-ils, après avoir pratiqué la trépanation, à rétablir la communication fronto-nasale. Soelberg Wells (21), en 1870, pour maintenir cette communication a même employé un drain dont un bout sortait par la plaie frontale suturée, et dont l'autre bout sortait par la narine ; et Panas (voir thèse de Guillemain (22), a perfectionné récemment cette méthode.

Ogston, comme nous l'avons vu plus haut, dans ses trois cas d'empyème latent, s'est servi également du drainage fronto-nasal, avec cette différence qu'il fermait complètement la plaie frontale, et que l'extrémité supérieure du drain restait dans la cavité.

Mais au lieu de rétablir la communication fronto-nasale après avoir fait la trépanation, nous croyons qu'on devra toujours tenter d'obtenir le même résultat par un cathétérisme répété qui, d'après notre expérience, suffit pour maintenir la voie ouverte entre le sinus et l'infundibulum.

Il ne faut pas oublier que la trépanation du sinus frontal est une opération assez sérieuse. Outre qu'elle laisse des cicatrices apparentes, elle se complique souvent d'erysipèle. Cette complication

est d'autant plus fréquente, qu'on est obligé de maintenir la fistule frontale béante pendant des mois entiers.

Il nous semble donc que la trépanation du sinus frontal ne devra être employée que comme dernière ressource, dans les cas qui auront résisté au traitement par voie naturelle, et qui feront penser à une complication quelconque du côté du sinus (existence de polypes, carie et nécrose de ses parois). Là seulement la trépanation nous paraît indiquée, car elle permettra une ablation radicale des polypes et des séquestres et un raclage soigneux des parois du sinus frontal.

BIBLIOGRAPHIE

---

1. LICHTWITZ L. — *Du diagnostic de l'empyème « latent » de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur.* (Bulletin médical n· 86, 26 octobre 1890).

2. DESCHAMPS FILS. — *Dissertation sur les maladies des fosses nasales et de leurs sinus.* (Paris, 1804).

3. ZENKER W. — *Eine Mittheilung uber die Percussion der Stirnhöhlen.* (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. p. 43, XXVII, 1870).

4. CZERNICKI. — *Quelques résultats fournis par l'auscultation des sinus frontaux, suite de coryza.* (Rec. de mém. de méd. milit., 3e série, XXIII, p. 521, décembre 1869).

5. VOHSEN. — *Die Durchleuchtung der Oberkieferhöhle und Stirnhöhle und deren Erkrankungen* (Berl. Klin. Woch. n· 46, 17 nov. 1890).

6. OGSTON A. — *Trephining the frontal sinus for catarrhal diseases.* (The Medical Chronicle, Decembre 1884).

7. Grünwald L. — *Beiträge zur chirurgie der oberen Luftwege und Adnexa* (Münch. med. Woch. n· 40, 6 octobre 1891).

8. Harttmann A. — *Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung.* (Sonderabdruck aus Langenbecks Archiv. Bd. XLV, Heft 1 ; Vortrag gehalten am XXI Congress der deutschen Geselschaft f. Chirurgie. Berlin, 10 juin 1892).

9. Collier (Mayo). — *The surgery of the frontal sinus.* (British Laryngol. and Rhinol. Assoc. 9 décembre 1892) in Journal of Laryngol. N° 1. Janvier 1893.

10. Schaeffer M. — *Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase mit Ausnahme des Sinus maxillaris.* (Deutsche med. Woch. n· 41, 1890).

11. Schaeffer M. — *Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie* (Wiesbaden 1885).

12. Lichtwitz L. — *Contribution â l'étude de l'hydrorrhée nasale.* (Arch. clin. de Bordeaux n· 12; décembre 1892).

13. Jurasz A. — *Ueber die Sondirung der Stirnhöhle* (Berl. Klin. Woch. n· 3, 1887).

14. Jurasz A. — *Krankheiten der Luftwege* (Heidelberg 1891, 1 p. 101).

15. Schutter. — *Beitrag zur Casuistik desr Stirnhöhlenempyems* (Monatsschr. f. Ohrenh. n· 10, 1888).

16. Zuckerkandl. — *Nebenhöhlen der Nase* (in Realencyclopaedie der ges. Heilkunde Bd XIV, 1888, p. 49).

17. Hansberg. — *Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase* (Monatsschr. f. Ohrenheilk. n· 1, 2, 1890).

18. Katzenstein. — *Ueber Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung* (Therapeut. Monatsh. n· 9, sept. 1891, p. 484).

19. Cholewa. — *Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen* (Monatsschr. f. Ohrenh. n· 8 et 9, 1892).

20. ALEZAIS. — *Note sur le mode de communication du sinus frontal avec le méat moyen.* (Bulletins de la Société de Biologie, séance du 17 octobre 1891, p. 702-705).

21. WELS SOELBERG. — *Abcess of the frontal sinus ; operation ; cure.* (The Lancet I, 20 ; may 1870.

22. GUILLEMAIN. — *Etude sur les abcès des sinus frontaux considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement.* (Archives d'ophtalmologie XI, n· 1 et 2, 1891).

DISCUSSION

SAINT-HILAIRE. — Au mois de Juillet dernier, passant à Bordeaux, j'ai rendu visite au Dr Lichtwitz, qui m'a montré le malade dont il est question dans ce mémoire, et a fait devant moi le cathétérisme et le lavage du sinus frontal. Le malade a affirmé sentir l'eau chaude remonter jusque dans le front, et l'eau du lavage entraînait du pus. De retour à Paris, j'ai fait, à l'école pratique, quelques coupes de crânes afin de voir comment il est possible de faire ce cathétérisme ; j'ai pu constater qu'on peut, avec un stylet d'une courbure appropriée pénétrer à la partie supérieure de l'infundibulum et même s'engager dans le canal du sinus frontal. J'ai fait construire plusieurs sondes avec la courbure qui me semblait la plus favorable, et j'ai pu, sur le cadavre, injecter de l'eau jusque dans le sinus frontal. Lorsque j'ai voulu tenter la même expérience sur les malades qui ont bien voulu s'y prêter, il m'a été impossible de faire pénétrer la sonde que j'avais fait construire jusque dans l'infundibulum, le cornet moyen qu'il était impossible d'écarter, comme sur le cadavre, était un obstacle insurmontable. J'ai demandé alors au fabricant d'instruments du Dr Lichtwitz la sonde que ce dernier avait fait construire. Grâce à elle j'ai pu pénétrer facilement dans l'infundibulum, car l'extrémité coudée est très courte ; mais il y a lieu de se demander si l'on arrive jusque dans le canal du sinus frontal ; cependant les injections d'eau boriquée que j'ai faites ont semblé pénétrer jusque

dans le front; du moins les malades accusent continuellement une sensation de pénétration jusqu'à partie moyenne du front.

Je continue ces recherches et j'aurai l'occasion d'en communiquer les résultats à la Société d'une manière plus complète.

M. Potiquet. — J'ai pratiqué avec succès le cathétérisme du sinus frontal et je mets en doute que la canule de M. Lichtwitz puisse pénétrer dans le sinus ; je la trouve trop peu coudée pour parvenir au-dessus de l'insertion du cornet moyen.

Les canules de Bresgen, bien que courtes, sont plus coudées, chez certains sujets, les dispositions anatomiques sont évidemment plus favorables que chez d'autres, mais je me demande si M. Lichtwitz n'a pas été simplement laver les orifices du sinus maxillaire. Les suppurations du sinus frontal sont peu fréquentes; il s'agit le plus souvent d'éthmoïdites.

Séance du 3 Mars 1893

Présidence de M. Lœwenberg

Contribution à la séméiologie et au traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache

Par le Docteur LŒWENBERG

Les quelques remarques que je désire présenter sur le catarrhe de la trompe d'Eustache, loin d'embrasser l'ensemble de cette affection, auront pour but seulement de signaler un fait appartenant à sa séméiologie et de proposer une manœuvre très simple, destinée à compléter son traitement.

Si le catarrhe auriculaire, arrivé à son complet développement, affecte généralement la caisse en même temps que la trompe, par contre, le canal tubaire est très souvent seul atteint au début de la maladie et peut même rester pris isolément, sans que la maladie affecte la cavité tympanique autrement que par les conséquences de l'obstruction de ce canal. (C'est ainsi que cela se passe surtout chez les enfants). Quant au fait que la trompe se trouve seule

atteinte au début de l'otite moyenne catarrhale, il existe chez une immense proportion des malades et s'explique tout naturellement par le fait que l'inflammation ne constitue généralement dans ces cas que la propagation d'un état analogue du pharynx nasal ou de la membrane de Schneider. Il existe donc nécessairement un premier stade de la maladie, où le processus morbide qui gagne de proche en proche, n'a encore envahi que le pavillon tubaire et une étendue plus ou moins grande de la trompe.

Les choses en étant là, des mucosités, souvent extrêmement visqueuses, se forment dans le pharynx nasal, au niveau du pavillon tubaire, puis dans son intérieur et ensuite plus ou moins loin dans le canal de la trompe. Elles constituent quelquefois de véritables bouchons qui abolissent la lumière du canal et amènent, par là, les suites bien connues de l'obstruction tubaire. (Je laisse de côté, dans ce travail, les désordres amenés par l'inflammation dans la caisse même, sujet qui sort du cadre de cette communication).

Quant aux mucosités dont je viens de parler, je pense qu'elles se déplacent facilement dans un sens ou dans un autre à la suite de différents mouvements r. p. e. des contractions des muscles qui agissent sur la trompe d'Eustache, de l'aspiration ou du refoulement, produites par une inspiration ou une expiration forcées, le moucher entre autres, etc. Les pousse-t-on ainsi plus avant dans le canal, il y aura obstruction soudaine, suivie des conséquences connues (raréfaction de l'air dans la caisse, etc.). Le bouchon muqueux est-il, au contraire, aspiré vers le pharynx, il y aura dégagement immédiat.

J'explique par ces diverses influences *les variations brusques de l'ouïe*, si fréquentes dans l'otite catarrhale, surtout dans celle qui est bornée à la portion pharyngienne de la trompe. (Elles sont tout à fait distinctes, bien entendu, des oscillations lentes de l'état de l'oreille, si fréquentes dans cette affection, et qu'il faut attribuer aux variations hygrométriques et barométriques de l'atmosphère, aux altérations survenant dans l'état général du malade, etc.).

Quant aux changements produits dans l'otite catarrhale par l'intervention thérapeutique, il se passe quelquefois, surtout lorsque

l'affection siège à la partie pharyngienne de la trompe, lors du cathétérisme, *un phénomène particulier* que je ne me rappelle pas avoir vu mentionner dans les traités d'otologie. Je crois cependant utile de le signaler, car il nous donne un renseignement important sur l'état du malade et doit nous inspirer une manœuvre thérapeutique particulière que j'exposerai dans un instant.

Voici d'abord quel est ce phénomène : Il arrive quelquefois, chez des malades atteints de catarrhe tubaire, que lorsqu'on fait une insufflation par le cathéter, l'air cesse tout d'un coup de passer. Ce petit accident ou incident impressionne fort mal le malade et le médecin, car il fait empirer la situation, en rendant, au moins temporairement, l'obstruction absolue et en empêchant toute injection d'un liquide.

Que s'est-il passé lors de ce changement subit ? En pratiquant l'insufflation, on a simplement poussé plus avant dans le canal, probablement vers l'isthme, des mucosités qui, auparavant, se trouvaient à l'entrée de la trompe, ou bien, on a réuni en un bloc consistant les glaires éparpillées jusque là. De l'une ou de l'autre façon, on a constitué un bouchon muqueux qui ferme la trompe hermétiquement.

Pour tâcher de remédier à cet état de choses, je conseille la manœuvre suivante, dont la réussite, soit dit en anticipant, prouve en même temps la justesse de l'explication qui vient d'être donnée : Lorsqu'on a constaté que l'insufflation cesse tout d'un coup d'être praticable pendant le cathétérisme, on introduit le bec de la sonde le plus avant possible dans le canal de la trompe. A cet effet, on appuie la tige de l'instrument, par un léger mouvement de bascule latéral, contre la cloison nasale, et on l'y assujettit solidement. Prenant alors un ballon en caoutchouc à parois fortes et à grande contenance, on le comprime au maximum et on introduit ensuite sa pointe dans le pavillon du cathéter aussi hermétiquement que possible. En cessant alors de comprimer la poire, celle-ci tend à se dilater en raison de l'élasticité de ses parois et exerce ainsi une puissante aspiration sur l'air renfermé dans la sonde et sur le contenu du canal Eustachien. Si la pointe de l'instrument ferme

bien la lumière de la trompe, on entendra alors souvent, lors de cette aspiration, des sifflements ou gémissements prolongés. Ils indiquent le passage des mucosités dans le cathéter, car en le retirant et en insufflant vigoureusement par son pavillon, on voit alors une quantité plus ou moins grande de mucus s'échapper par la pointe de l'instrument. Les masses ainsi extraites sont souvent très gluantes et ressemblent alors à celles qu'on a tant de difficultés, également dans le catarrhe de l'oreille moyenne, à faire sortir de la caisse après la paracentèse du tympan. L'expulsion des mucosités par la sonde après aspiration prouve, je le répète, la justesse de l'interprétation donnée plus haut du faitde l'obstruction causée par l'insufflation, interprétation qui le représente comme résultant du déplacement ou du tassement des masses sécrétées. Elle justifie du même coup la manœuvre employée.

(Il serait également possible de se servir d'une forte seringue pour exécuter l'aspiration selon ce procédé).

Très souvent, une seule aspiration ne suffit pas pour désobstruer la trompe d'Eustache ; il faut alors répéter la manœuvre séance tenante jusqu'à ce que l'air passe aussi librement dans le canal que l'enflure de sa muqueuse le permet, ou bien qu'on constate l'insuccès du procédé dans le cas particulier. Lorsqu'il devient nécessaire de répéter cette manœuvre plusieurs fois de suite, la méthode que j'ai exposée devant la Société en 1892 (séance du 1er avril) comme corollaire au « Nouveau Procédé pour cathétériser la trompe d'Eustache », rend les plus grands services. Je rappellerai qu'elle consiste à marquer sur le cathéter la distance précise à laquelle il avait fallu l'introduire une première fois, en désignant d'un trait sur l'instrument l'endroit qui touche le bout du nez. Quand il s'agit de répéter l'opération plusieurs fois de suite, comme on est obligé quelquefois de le faire pour extraire toutes les mucosités qu'on peut enlever par ce procédé, on doit évidemment rendre l'introduction réitérée de l'instrument aussi peu pénible que possible. Or, grâce à la précaution de marquer sur la sonde même la profondeur à laquelle elle doit pénétrer, ce n'est que l'affaire d'un instant, toute recherche nouvelle du pavillon de la trompe étant alors inutile.

(Depuis quelque temps, j'applique à tous les malades qui subissent le cathétérisme, ce procédé qui consiste à marquer sur la sonde spéciale à chaque patient, la profondeur à laquelle elle doit être introduite chez lui. Cette distance est notée dans l'observation du client, et avant chaque nouveau sondage ; on la marque de nouveau sur l'instrument. Le cathétérisme, dans ces conditions, réussit en une seconde et sans le moindre tâtonnement).

Il existe bien un moyen d'éviter même cette introduction répétée de la sonde, c'est de tourner, après l'aspiration des mucosités, le bec de l'instrument en bas et de chasser, par un vigoureux coup de ballon, le mucus dans le pharynx du malade. Mais, outre que ce procédé est peu appétissant, il ne nous apprend rien sur la quantité ni sur la qualité des masses extraites.

Le procédé d'aspiration décrit ici rend des services non seulement dans les cas spéciaux où l'insufflation simple échoue ou aggrave même la situation, en augmentant l'obstruction tubaire, mais aussi dans le catarrhe de la trompe en général. On peut essayer son application chaque fois que l'auscultation révèle la présence de mucosités dans le canal Eustachien, et on réussira souvent de cette façon à les extraire en totalité ou en partie. Ce résultat une fois obtenu, il sera beaucoup plus facile qu'autrement d'insuffler des liquides appropriés, et d'obtenir, avec l'aide d'un traitement rationnel du naso-pharynx, une guérison finale.

Le même procédé peut être utilisé dans la sclérose de la caisse compliquée de catarrhe tubaire. Ainsi, chez une personne atteinte de ces deux affections combinées que je vois depuis des années, il faut, à chaque séance, aspirer les mucosités de la trompe avant de pouvoir pratiquer une insufflation — très prudente, bien entendu, à cause de la maladie principale.

Si le procédé décrit dans ce mémoire permet, dans une certaine proportion des cas de catarrhe tubaire, d'évacuer les mucosités placées à peu de distance du pavillon de la trompe et de désobstruer celle-ci, là où les autres moyens échouent, l'avenir montrera s'il est possible d'extraire également, par la même méthode d'aspiration, des masses logées plus loin et même dans la caisse. Il serait

alors possible de substituer, dans des cas appropriés, ce moyen simple, doux et inoffensif à la paracentèse du tympan, d'une part, et d'autre part à l'application du Koniantron, dont les effets ne sont que rarement en raison de son emploi assez pénible, et qui est d'ailleurs de plus en plus abandonné.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
HAMON DU FOUGERAY, du Mans.
JOAL, du Mont-Dore.
JOLY, de Lyon.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
MADEUF, de La Bourboule et du Mont-Dore.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort.
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone.
TOBOLD, de Berlin.